

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 21

TRAITEMENT DES

Rétrécissements graves de l'Urètre

PAR L'AUTOPLASTIE CUTANÉE

(Empiècement cutané de l'Urètre)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ-JOSEPH COLINEAU

Né à Surgères (Charente-Inférieure), le 9 février 1878



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. Waltener

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1901

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 21

TRAITEMENT DES
Rétrécissements graves de l'Urètre
PAR L'AUTOPLASTIE CUTANÉE
(Empiècement cutané de l'Urètre)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ-JOSEPH COLINEAU

Né à Surgères (Charente-Inférieure), le 9 février 1878



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. Waltener

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques medicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques...		X.
Clinique des Maladies mentales.....		FOCHIER.
Clinique des Maladies des enfants.....		GAYET.
Physique médicale.....		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....		WEILL.
Matière médicale et Botanique.....		MONOYER.
Parasitologie.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		FLORENCE.
Physiologie.....		LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe.....		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		MORAT.
Anatomie pathologique.....		TEISSIER.
Médecine opératoire.....	AUGAGNEUR.	
Médecine expérimentale et comparée.....	MAYET.	
Médecine légale.....	TRIPPIER.	
Hygiène.....	POLLOSSON (M.).	
Thérapeutique.....	ARLOING.	
Pharmacologie.....	LACASSAGNE.	
		COURMONT.
		SOULIER
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des femmes..... M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.....	MM. CHANDELUX,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale.....	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique.....	DEVIC,	—
Physiologie.....	DOYON,	—
Accouchements.....	FABRE,	—
Botanique.....	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BONDET, Président; M. CHANDELUX, Assesseur;
MM. VALLAS et COURMONT (P.), Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A Monsieur le Docteur **POUSSON**

PROFESSEUR AGRÉGÉ A L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX.

CHIRURGIEN DES HOPITAUX.

A Monsieur le Docteur **ROCHET**

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'ANTIQUAILLE.

PROFESSEUR AGRÉGÉ A L'UNIVERSITÉ DE LYON

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur **BONDET**

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A L'UNIVERSITÉ DE LYON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

M. le professeur agrégé Rochet a bien voulu nous confier ce travail et nous aider de ses conseils si autorisés. Nous avons toujours trouvé auprès de lui le plus complaisant accueil et nous le prions d'agréer l'expression de notre profonde gratitude.

M. le docteur Pousson, professeur agrégé à l'Université de Bordeaux, fut notre premier maître en chirurgie; nous n'oublierons jamais l'enseignement si plein de bienveillance que nous avons reçu dans son service. Qu'il reçoive l'assurance de notre bien vive reconnaissance pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner depuis le début de nos études médicales.

M. le professeur Bondet nous fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse; nous l'en remercions bien sincèrement.

Nous avons pu illustrer ce travail grâce à nos camarades et amis les docteurs Alexandre et Dupont qui ont bien voulu mettre leur talent de dessinateur à notre disposition. Ils l'ont fait avec une bonne grâce et une amabilité dont nous leur sommes infiniment reconnaissant.

INTRODUCTION

Les traitements qui visent la guérison définitive des rétrécissements de l'urètre sont multiples, ce qui indique bien qu'aucun d'eux n'a une valeur absolue. Malgré tous les efforts qui ont été tentés, on a pu dire très justement, avec Colin, que « la cure radicale des rétrécissements, au sens vrai du mot, n'existe pas ». Cependant Reybard avait, depuis longtemps, pensé que, pour obtenir un résultat définitif, il fallait arriver à « mettre une bonne pièce au canal ».

Aussi les auteurs se sont-ils ingéniés à fabriquer cette pièce indispensable. L'urétrotomie interne ou externe avait pour but de permettre à un tissu nouveau de combler la perte de substance occasionnée par la section du canal et d'agrandir d'autant le calibre. Mais, bien que le tissu de cicatrice soit moins rétractile que ne l'était le rétrécissement lui-même, il se produit toujours une rétraction telle que le canal subit une diminution de calibre suffisante pour nécessiter une nouvelle opération.

C'est pourquoi certains chirurgiens ont été amenés à penser qu'il valait mieux employer un procédé autoplastique en mettant une véritable pièce cutanée au canal ; nous sommes d'avis que ces chirurgiens sont dans le vrai et qu'il ne faut pas chercher ailleurs les conditions d'une guérison durable, sinon définitive. Nous laisserons donc de côté tout ce qui peut être suture, fermeture, restauration de l'urètre par un moyen autre que le lambeau cutané, pour nous occuper exclusivement de ce genre d'autoplastie.

Après avoir énuméré rapidement les différents lambeaux cutanés qui ont été employés et les résultats obtenus, nous décrirons le lambeau et la méthode employés par M. le professeur agrégé Rochet et nous mentionnerons les résultats acquis.

CHAPITRE PREMIER

Essais antérieurs d'urétroplastie par lambeau cutané.

L'idée de la pièce à mettre au canal est acceptée depuis longtemps déjà ; mais, tout en croyant que le lambeau cutané destiné à augmenter le calibre de l'urètre doit être théoriquement la meilleure façon d'avoir un bon résultat, on est loin d'être fixé, en pratique, sur le choix même du lambeau. D'ailleurs, ce genre d'autoplastie n'a pas été employé d'une façon régulière et soutenue. On n'a pas cherché à utiliser cette greffe d'une façon systématique et on n'y a eu recours que dans les cas de nécessité. C'est au hasard des circonstances et aux surprises des interventions que l'opérateur s'est décidé à faire l'autoplastie de l'urètre, alors que les autres moyens de guérison devenaient impossibles. Aussi ne constate-t-on aucune uniformité dans la prise du lambeau.

Inspirés par les événements et guidés par chaque cas particulier, les chirurgiens ont choisi des lam-

beaux différents. Aussi voit-on de nombreux procédés, avec résultats variables, employés pour tailler et appliquer ce lambeau. Celui-ci a été emprunté à tous les points du voisinage de la perte de substance à combler.

Cooper et Delpech l'ont taillé dans le scrotum tandis que Earle et Albot l'ont pris sur les flancs de la verge. Laurent de Belgique a fait de même. Diffenbach utilisait le prépuce. Earle, Maas, Rochard, Delorme ont employé le scrotum ou la peau du périnée. Delpech a découpé dans l'aîne un lambeau abdomino-fémoral de trois pouces de côté; d'autres ont préféré le lambeau génito-crural.

Duplay et Reclus conseillent, d'après Delpech, de se servir « de la peau scrotale qui est assez épaisse et assez lâche pour fournir un lambeau long et bien nourri ». On dissèque la pièce scrotale d'avant en arrière et on l'amène par glissement sur la perte de substance préalablement avivée. Il est préférable d'utiliser un double plan en taillant un lambeau pénien qui, renversé d'avant en arrière, est recouvert par le lambeau scrotal. Pour permettre la cicatrisation, on peut être amené, comme Viguerie, à faire une boutonnière périnéale.

Ruhston-Parker emploie un procédé à deux lambeaux. « Il taille de chaque côté de la perte de substance deux lambeaux cutanés rectangulaires, l'un gauche, large d'un pouce, l'autre droit très étroit. Tous les deux adhéraient par leur bord interne. Le lambeau gauche fut éversé sur lui-même de telle sorte que sa face épidermique regardait en dedans,

Son bord libre fut suturé par de nombreux points de catgut au lambricule du côté droit. Tout autour, la peau fut disséquée assez loin pour qu'elle pût recouvrir sans tiraillements la face externe de ces deux lambeaux. Elle fut fixée dans cette position par des sutures métalliques. »

OBSERVATION I

(Empruntée à la thèse de Nogues, où elle est relatée sous le n° 133.)

Un homme de 29 ans portait au périnée une perte de substance de deux pouces de long, consécutive à une infiltration d'urine. L'opération fut faite suivant le procédé ci-dessus. On fit fréquemment le cathétérisme. Pas de sonde à demeure. Il n'y eut qu'un succès relatif et une deuxième opération fut nécessaire neuf mois après. On obtint alors une guérison complète.

OBSERVATION II

(Empruntée à la thèse de Nogues, dans laquelle elle est relatée sous le n° 134.)

Elle est absolument analogue à la précédente.

Dans le numéro du 15 juin 1889 de la *Gazette des Hôpitaux*, M. Delorme publie une très intéressante observation représentant la première tentative bien réglée d'urétroplastie cutanée.

Il s'agissait d'un rétrécissement cicatriciel trauma-

tique sur un blessé, chez lequel on avait en vain employé tous les modes de traitement usuels.

OBSERVATION III

Publiée par M. DELORME, dans la *Gazette des Hôpitaux*, du 15 juin 1889)
Résumée.)

M. A..., ancien militaire réformé, fit, en août 1872, une chute sur le périnée, à califourchon sur un bas flanc d'écurie. Rupture de l'urètre sans plaie cutanée. Ecoulement de sang par la verge. A l'hôpital d'Albertville, on place une sonde à demeure pendant 24 heures. Elle est retirée à cause de l'état fébrile du malade qu'on sonde alors trois fois par jour. Le 11^e jour, rétention d'urine et cathétérisme impossible. Il se forme à la partie postéro-interne de la cuisse gauche, une tumeur urineuse qui s'ouvre d'elle-même 10 jours après, laissant une fistule. Peu de temps après, deux autres fistules spontanées; quatre mois après, érysipèle à la fesse gauche. Miction toujours difficile et cathétérisme pénible.

En 1873, entrée au Val-de-Grâce. On constate une induration périnéale avec trois fistules par lesquelles passe l'urine. Cathétérisme difficile. Electrolyse dans une séance de dix minutes avec 12, puis 18 éléments de la pile de Gaiffe. Après électrolyse, miction facile et non douloureuse; mais inflammation périnéale vive avec formation de nouveaux abcès.

M. Gaujot pratique l'urétrotomie externe le 13 août 1873. Fièvre, qui tomba assez rapidement. La plaie se cicatrisa, mais, après 18 mois de séjour à l'hôpital, il restait encore deux trajets fistuleux ne laissant pas passer l'urine. On renvoie le malade à son corps à Saint-Omer. Le voyage aggrave son état. Les fistules suppurent. L'une d'elles laisse passer

l'urine. Le cathétérisme est difficile et occasionne une orchite. Enfin, les fistules se ferment.

L'homme est réformé en décembre 1874.

Le malade se sonde lui-même. Les mictions sont difficiles, le cathétérisme donne lieu à des poussées d'orchite. Le rétrécissement devient infranchissable. Il se forme des abcès péri-néaux. En mars 1876, M. Fleury (de Clermont) fait au malade une urétrotomie interne qui amène une amélioration passagère. Deux mois après on fait de la divulsion avec un divulseur. Un mois et demi après, nouvelle urétrotomie interne. Etat du malade toujours le même. Cathétérisme douloureux et difficile.

A..., revenu à Paris, se sonde lui-même; il a des poussées d'orchite. Difficulté de plus en plus grande pour uriner: syncope dans un urinoir. Entrée au Val-de-Grâce.

La dilatation progressive n'amène aucun résultat. La miction est toujours difficile. En arrière du rétrécissement, dans la portion membraneuse, le canal est dilaté et, en pressant à ce niveau après la miction, on fait écouler une certaine quantité de liquide. Bon état général.

En juin 1879, poussée inflammatoire du côté du périnée avec hématurie. On fait une séance d'électrolyse de trois quarts d'heure avec vingt éléments. A la suite de cette séance accidents locaux et généraux graves avec 40°. Etat gastrique, gonflement douloureux de la prostate. Rétention d'urine et ténésme rectal. Les cathétérismes, très douloureux, doivent être abandonnés pendant 15 jours. Dès qu'on arrive aux numéros moyens, il est impossible de passer. Le blessé sort du Val-de-Grâce dans le courant de l'année 1880, reprend son métier d'homme de peine et, à la suite d'une syncope, entre à la Charité dans le service de M. Gosselin.

Dilatation progressive avec divulsion suivie d'orchite. — A... retourne dans son pays et se sonde lui-même. Sous l'influence de causes banales, le rétrécissement devient facilement infranchissable.

Le malade entre de nouveau au Val-de-Grâce en 1888.

M. Delorme passe des bougies de petit calibre. On a la sensation de surfaces irrégulières, très dures, répondant à la région membraneuse. Prostate un peu volumineuse et douloureuse. Le périnée est souple, sauf au niveau de la ligne médiane où l'on trouve une masse dure ; il est sillonné de grandes cicatrices. Les urines sont muco-purulentes ; aucune douleur du côté des reins ou de la vessie.

M. Delorme combina l'urétrotomie externe et l'autoplastie urétrale. Son but fut « d'interposer entre les parois de l'urètre ouvert une surface de tissu assez épaisse et constituée de telle sorte qu'elle ne pût se transformer, en presque totalité, en tissu dur et rétractile. »

Pour cela, il tailla « à un centimètre en avant de l'anus un lambeau rectangulaire de 8 à 9 centimètres d'étendue et de 4 centimètres de hauteur. Sa base répondait au côté droit du périnée, à un travers de doigt de la ligne médiane ; il était, d'ailleurs, sillonné par quelques tractus fibreux. » Après dissection de ce lambeau cutané, et après recherche du canal qui était irrégulier et induré, celui-ci fut ouvert par incision de la portion membraneuse et d'une partie de la prostate.

« Pour adapter le lambeau, dit M. Delorme, je repliai, doublai son extrémité dans l'étendue de 3 centimètres, de façon à accoler les surfaces épidermiques ; je réunis par des sutures au catgut (3 de chaque côté), les bords des parties doublées en plaçant ces sutures de façon à renverser un peu les bords pour qu'ils se correspondissent par une surface cruentée, et quand j'eus obtenu un lambeau formant

comme l'extrémité d'un doigt de gant à surface cruentée extérieure, je passai à travers l'épaisseur de l'urètre une anse de fil d'argent, à la limite antérieure et postérieure de chaque bord urétral, laquelle anse traversa chacun des bords antérieur et postérieur du lambeau doublé. Les fils furent tordus. Chaque paroi du lambeau était donc assujettie isolément à une paroi urétrale, et, du même coup, tout le lambeau était bien fixé. Pour assurer l'affrontement du reste de la surface du lambeau avec le canal périnéal, j'insinuai une petite éponge dans le cul-de-sac qu'il formait. »

La perte de substance laissée par la dissection du lambeau fut comblée, grâce à une incision longitudinale à la limite externe de la surface cruentée. Les bords de la peau purent ainsi être rapprochés et suturés.

Les suites opératoires sont relatées dans la fin de l'observation.

Jusqu'au quatrième jour, tout marcha à souhait. Le lambeau paraissait fort sain, les plaies linéaires restaient sèches et l'urine s'écoulait par la sonde. Par suite des mouvements du malade, la sonde fut déplacée et le pansement infiltré par l'urine. Le sixième jour, l'urine, chassée par la vessie distendue, sortit par la verge. Le huitième jour on vit sourdre au méat une goutte de pus et, le douzième jour, on constata que toute la portion repliée du lambeau s'était sphacélée et on fit l'extraction des fragments nécrosés par la plaie. Dès lors, la situation de A... était celle d'un malade ayant subi une urétrotomie externe, mais il avait l'avantage d'avoir une paroi du canal périnéal tapissée par une couche épidermique. Cette disposition allait amener la formation d'un raphé moins dur

et diminuer d'autant la hauteur de la cicatrice et sa rétractilité. On passe le n° 18, filière Charrière.

Noguès, dans sa thèse, n'est nullement partisan du procédé de M. Delorme; il préfère celui de M. Guyon qui, lui aussi, a tenté l'autoplastie dans un cas.

OBSERVATION IV

(Empruntée à la thèse de Noguès où elle est relatée sous le n° 140).

Il s'agit d'un enfant âgé de 12 ans tombé à califourchons sur l'arête d'un tonneau, le 27 septembre 1887. Malgré une sonde à demeure introduite dans la vessie, il se produit une tumeur périnéale dont l'ouverture donne issue à du sang et à du pus. M. Guyon constate une large perte de substance; il ne restait de l'urètre qu'une bande de sa paroi supérieure, large de 3 ou 4 millimètres et reconnaissable aux orifices glandulaires.

De chaque côté, M. Guyon taille deux lambeaux rectangulaires qui sont disséqués de dehors en dedans et dont les bords internes correspondent aux lèvres de la perte de substance. Ces deux lambeaux sont rabattus de telle sorte que leur face épidermique regarde l'axe du canal, et sont suturés l'un à l'autre par leur bord libre. Un lambeau de peau est pris au voisinage pour le recouvrir. Pas de succès opératoire.

Nouvelle opération en 1889. M. Guyon appliqua la méthode de M. Théophile Anger pour l'hypospadias. Sur le côté gauche de la gouttière urétrale, il tailla un lambeau à peu près carré de 4 centimètres de côté dont le bord fut laissé adhérent. Ce lambeau fut disséqué de dehors en dedans, jusqu'à un demi-centimètre de la lèvre gauche de la gouttière urétrale et fut rabattu ensuite de telle sorte que sa face épi-

dermique regardait le canal. La face cruentée fut alors recouverte par un deuxième lambeau pris sur le côté, à bord externe adhérent, qui fut disséqué de dedans en dehors et dont le bord interne libre fut amené vers la gauche pour recouvrir et la face cruentée du lambeau initial rabattu, et la perte de substance causée par la taille de ce lambeau. La réunion ne fut pas totale. Le quart postérieur se sphacéla et il resta une fistule. C'est pour la combler qu'on employa le procédé autoplastique suivant.

En 1890, M. Guyon tailla, immédiatement en avant de l'anus, un lambeau rectangulaire à grand axe vertical qui fut disséqué d'arrière en avant et laissé adhérent par son bord antérieur. Ce lambeau fut alors rabattu de bas en haut et suturé aux bords de la fistule préalablement avivés. Il fut ensuite recouvert par deux clapets de peau pris au voisinage. Ce lambeau, trop long, se gangréna dans sa partie centrale, mais l'orifice fistuleux était moins large et il restait deux lambricules latéraux qui se cicatrisèrent isolément.

Le 26 janvier 1891, M. Guyon aviva ces deux petits lambeaux, les sutura l'un à l'autre et les recouvrit par un morceau de peau emprunté au voisinage. Cette fois la réunion fut complète et la fistule resta fermée.

L'enfant est revu en août 1891 ; la guérison ne s'est pas démentie. La miction se fait avec la plus grande facilité ; seul un inconvénient, accusé par le malade, est l'issue de quelques gouttes d'urine par le méat quand il s'assied après la miction. Il est, d'ailleurs, facile d'obvier à cet inconvénient en appuyant sur le périnée après avoir uriné.

Dittel, en 1895, préconise le procédé suivant . lorsque, par une brèche ou une fistule périnéale, on peut rapprocher, en l'introduisant d'arrière en avant, un instrument d'une sonde introduite par le méat et lorsqu'on réussit à perforer le rétrécissement, il faut alors placer dans le canal ainsi créé une greffe épidermique de Thiersch roulée sur elle-même de manière que la surface épidermique superficielle regarde la lumière du canal.

Dans un cas de fistule double antérieure et postérieure, Donnet employa un procédé à lambeau cutané. Les bords de la fistule largement avivés, on taille un lambeau rectangulaire de 4 centimètres environ de longueur, limité par deux incisions horizontales et parallèles. Ce lambeau est attiré sur la partie avivée et suturé : 1^o par des fils qui réunissent les bords du tissu cutané, et 2^o par des fils profonds qui passent dans toute la largeur du derme du lambeau d'une part, au-dessous de toute la surface avivée d'autre part. La sonde est laissée huit jours.

Réunion sans incident; la fistule postérieure est complètement oblitérée, mais l'antérieure persiste. Le malade urine en partie par la fistule, en partie par le méat. Au bout de quelques jours, la communication entre l'urètre néoformé et le fragment antérieur de l'urètre s'oblitère. Le patient n'urine plus que par la fistule.

Par l'examen on constate que l'échec est dû à ce fait que les portions de l'urètre qui convergent autour de la fistule se prolongent, sans s'aboucher l'une au-devant de l'autre. Une seconde intervention est nécessaire et amène la guérison.

En somme toutes ces tentatives d'urétroplastie ont été faites d'une façon isolée et jamais avec une méthode suivie et réglée. Chaque auteur a agi à sa guise suivant les inspirations du moment et, suivant les circonstances, a employé tel ou tel lambeau. Ce dernier était appliqué soit directement, soit retourné, soit tordu sur son pédicule, soit simple, soit doublé.

Cette diversité dans la manière de faire indique bien que l'urétroplastie n'est pas encore une opération méthodique et réglée. « Ce ne sont que des données, dit M. Delorme, en terminant son travail, dont une expérience nouvelle peut seule préciser la valeur et qu'on a le droit d'essayer lorsqu'il s'agit de malades qui ont épuisé et défié les ressources de la thérapeutique ».

M. Horteloup, chargé du rapport sur le cas de M. Delorme, est du même avis. Il croit même que ce genre d'autoplastie n'est pas appelé à donner de bons résultats. « Dans ces sortes de rétrécissements, dit-il, la récurrence s'explique par la dureté, par l'épaisseur de la masse indurée, où se trouvent réunis l'urètre et les tissus périphériques. Une fois incisées, les lèvres de l'incision ne peuvent s'écarter et il est impossible d'espérer, comme on l'a dit depuis Reybard, qu'une pièce puisse se placer dans l'écartement des lèvres de la plaie. La cicatrisation se fait entre les deux lèvres qui restent accolées l'une contre l'autre et il n'est pas nécessaire qu'il se fasse un nouveau travail de réaction pour voir survenir la récurrence. L'incision cicatrisée, le rétrécissement est reformé ». Enfin, M. Horteloup termine par ces

mots : « Des observations ultérieures nous diront peut-être s'il est préférable contre un rétrécissement traumatique de l'urètre récidivé, de pratiquer la résection ou de faire l'autoplastie. »

MM. Melville Wassermann et Noël Hallé (*Annales des organes génito-urinaires* 1894), pensent également que l'autoplastie de l'urètre est impossible. « En incisant même profondément, même en plein tissu fibreux compact, on ne peut espérer mettre une bonne pièce au canal. Après une passagère amélioration du calibre, la récurrence se produit ».

Tel n'est pas l'avis de M. le professeur agrégé Rochet qui pense, à juste titre, que l'autoplastie de l'urètre mérite d'être traitée moins sévèrement et qu'elle est appelée à rendre de grands services, mais il faut la faire d'une façon méthodique et réglée.

Parti de ce principe que, pour éviter les récurrences, il fallait non seulement agrandir le canal, mais encore lui rendre sa souplesse, M. Rochet a cru que le meilleur moyen d'arriver à ce résultat était d'intercaler entre les lèvres de l'urètre ouvert un lambeau cutané qui, grâce à son élasticité, préviendrait toute rétraction ultérieure. C'est donc à cette façon de faire que s'est arrêté M. Rochet, mais il a, du même coup, trouvé et précisé les règles qui doivent présider à cette intervention.

CHAPITRE II

Technique opératoire de l'urétroplastie par lambeau cutané périnéal

**Choix du lambeau. — Taille et dissection de
la pièce cutanée. — Application du lambeau.
— Soins consécutifs. — Observations.**

A quel lambeau faut-il recourir ? Nous avons vu que l'on avait employé la peau de la verge, du scrotum, de la cuisse, avec des résultats différents, mais toujours plus ou moins défavorables. M. le professeur agrégé Rochet s'est adressé à la peau du périnée ; il a jugé que celle-ci pouvait fournir un excellent lambeau très bien nourri et de dimensions suffisantes pour permettre d'élargir le canal dans les conditions voulues.

Il est indispensable, pour l'opérateur, d'apporter tous ses soins à la taille du lambeau ; de ce premier temps de l'intervention dépendra en grande partie le succès définitif. Le lambeau taillé, il faut ensuite le fixer et le faire prendre ; ce sont là autant de temps

successifs qu'il est bon d'exécuter avec beaucoup d'ordre et de soins si l'on veut assurer le succès de la méthode.

Le manuel opératoire comprend deux parties distinctes :

1^o Intervention sur le périnée, taille du lambeau et incision des parties molles.

2^o Intervention sur l'urètre lui-même, incision du canal et adaptation du lambeau préalablement taillé et disséqué.

Le malade est placé dans la position de la taille périnéale. Le champ opératoire est rasé et soigneusement lavé au savon et au sublimé, puis passé à l'alcool-éther. Après anesthésie générale, on taille sur le périnée, au moyen de trois incisions, l'une antérieure transversale et les deux autres longitudinales et parallèles au raphé, un lambeau rectangulaire à grand axe antéro-postérieur. Sa longueur mesure environ 6 à 8 centimètres et sa largeur 4 centimètres. Avec le bistouri on libère ses parties antérieures et latérales, tandis que son extrémité postérieure est laissée adhérente au devant de l'anus. La taille du lambeau a une importance capitale ; c'est de la façon dont sera exécuté le premier temps de l'opération que dépendra la vitalité du lambeau et, par suite, le succès définitif.

La longueur peut varier suivant les cas et suivant la hauteur du rétrécissement, mais il faut avoir bien soin de toujours donner à la pièce cutanée des dimensions suffisantes pour recouvrir complètement la perte de substance. Dans le cas contraire, le défaut de

longueur a pour effet d'amener des tiraillements funestes à la nutrition du lambeau qui se sphacèle soit en totalité, soit dans sa partie supérieure. On est ainsi exposé à une fistule rebelle. Il ne faut donc pas craindre d'avoir un grand lambeau, il vaut mieux le tailler trop long que trop court.

C'est pour n'avoir pas obéi à ces principes dans l'intervention relatée dans l'observation V qu'il y a eu un résultat négatif.

La pièce autoplastique doit comprendre la peau et le tissu cellulaire sous-cutané et présenter une certaine épaisseur; mais surtout celle-ci ne doit pas être uniforme. Le lambeau plus mince à son extrémité antérieure doit augmenter de volume à mesure qu'on s'approche de l'extrémité postérieure. Le maximum d'épaisseur doit être à la base. On obtient ainsi une pièce cutanée souple et suffisamment doublée. La dissection du lambeau ne doit pas être poussée trop loin en arrière et il ne faut pas dépasser une certaine limite. Il est important, d'après les remarques que M. Rochet a pu faire, de s'arrêter *avant d'avoir atteint les artères périnéales*. Celles-ci sont les seules voies sanguines susceptibles d'assurer par elles-mêmes la nutrition du lambeau sans le secours des autres artérioles. Il est donc indispensable de les respecter, coûte que coûte, sous peine de voir la pièce autoplastique se nécroser.

Le lambeau ainsi préparé et rabattu en arrière, on fait deux plaies : l'une, dont on ne se préoccupe nullement, est constituée par la section des parties molles

jusqu'à l'urètre exclus; la seconde est créée par l'incision de l'urètre lui-même.

Celui-ci est mis à découvert et reconnu par les procédés ordinaires. Si le rétrécissement n'est pas infranchissable, le conducteur, préalablement introduit par la verge, peut servir de guide; dans le cas contraire on procède comme pour une urétrotomie externe par la méthode de Nélaton. Lorsqu'on a découvert l'urètre, ce qui n'est pas toujours facile au milieu des tissus fibreux et sclérosés, on l'incise sur la paroi inférieure seulement. La section doit porter *sur toute la hauteur du rétrécissement*. L'urètre se trouve ainsi largement ouvert au niveau des corps caverneux et s'étale par écartement de ses deux lèvres. Il est nécessaire de ne toucher qu'à la paroi inférieure et de respecter absolument la paroi supérieure dont la conservation facilitera le raccord entre l'ancien et le nouveau canal. C'est, en effet, sur cette paroi supérieure que se guidera le bec de la sonde pour traverser successivement la portion pénienne et la portion restaurée. Dans le cas contraire, après l'opération, on aurait, comme dans l'observation VII, beaucoup de mal à pratiquer le cathétérisme.

On ne fait aucune incision ou excision des parties calleuses ou fibreuses qui entourent l'urètre. S'il y a des noyaux indurés, de la sclérose du canal, on ne s'en occupe pas. Il en est de même des petits abcès qu'on ne fait que cautériser et qu'on laisse en place, et qui se trouveront, comme les tissus scléreux qui les entourent, en quelque sorte extériorisés, isolés du

nouveau canal, une fois la pièce mise en place. Ils pourront régresser à leur aise, les uns et les autres pouvant tenir encore aux parois supérieure et latérales du canal, mais désormais sans relation avec la paroi inférieure nouvelle et sans réaction possible sur elle.

On se trouve alors en présence d'une plaie de forme losangique très allongée et c'est dans l'écartement des lèvres du canal ouvert qu'il s'agit d'insinuer la pièce cutanée préalablement taillée et préparée. Celle-ci, sans être retournée ni tordue est enfoncée avec soin dans la profondeur de la plaie et *suturée non pas aux parties molles périurétrales, mais uniquement aux lèvres du canal incisé*. On la fixe au moyen de points au catgut sur les bords même de l'urètre sectionné. Les lèvres de ce canal sont très larges dans le cas de ces vieux rétrécissements; elles représentent de véritables surfaces, non plus seulement des bords.

Le nombre de points de suture est variable; il dépend de la longueur de la pièce; mais il en est un dont l'importance est capitale et qui doit être posé avec la plus grande attention. C'est celui qui est situé le plus haut et qui unit l'extrémité antérieure du lambeau à l'angle supérieur de la plaie urétrale. Grâce à lui, l'urètre est complètement fermé à ce niveau; son absence ou un défaut dans son exécution amènerait infailliblement une fistule ultérieure. Les autres points sont placés latéralement à petite distance les uns des autres de façon à produire l'accolement aussi exact et aussi étendu que possible des lèvres de l'urètre et des côtés du lambeau.

On a soin de ménager, de chaque côté de la partie inférieure, un petit orifice latéral ; l'un est destiné à laisser passer un petit drain de sûreté. Ce drain peut être placé en anse derrière la base du lambeau ; l'autre extrémité ressortira alors à côté de la sonde. Il est destiné à éviter la rétention à la base du lambeau et aussi une infiltration d'urine possible à ce niveau, dans les premiers jours qui suivent l'opération. L'autre orifice est destiné à livrer passage à une sonde à demeure.

Nous arrivons là à un point de première importance et qui est, pour M. Rochet, le point capital de sa méthode. Dans les cas d'urétrotomie interne ou externe, il est d'usage de placer à demeure une sonde qui parcourt tout le canal. Ce serait ici une faute grave, et il faut éviter de faire passer la sonde par la verge. C'est d'ailleurs à cette particularité que M. Delorme attribuait une part de son insuccès. Afin d'éviter tout inconvénient, il suffit de faire pénétrer une sonde en caoutchouc rouge directement dans la vessie, en l'introduisant par le petit orifice ménagé à cet effet à la base du lambeau. On la fixe à la peau par deux fils de catgut.

Grâce à cette façon de faire, on évite l'action irritante d'un corps étranger au niveau de la greffe et la production de pus si fréquente à la suite d'application de sonde à demeure dans le canal. La suppuration détruirait les sutures, et empêcherait l'adhérence du lambeau aux bords de l'urètre. On prévient en même temps le contact nuisible de l'urine sur les tissus, lorsque la sonde vient à se déplacer ou à se

boucher. La cicatrisation est beaucoup plus rapide. De l'autre côté du lambeau, on place un petit drain qui permettra un nettoyage plus complet de la plaie.

Le lambeau cutané ainsi placé, il reste à recouvrir la plaie des parties molles ; il suffit de suturer, avec un fil métallique, les lèvres de l'incision cutanée à celle du lambeau autoplastique.

Quand toutes ces sutures sont terminées, on saupoudre toute la plaie avec du salol, et on la recouvre de gaze et de coton. Une toile imperméable dans laquelle on a soin de faire un trou pour passer la verge complète le pansement.

Les différentes pièces du pansement et surtout les bandes doivent être appliquées avec beaucoup de délicatesse. Elles doivent être fixées assez solidement pour que le pansement ne glisse pas, et ne pas être trop serrées cependant. La compression aurait pour effet d'occasionner l'anémie du lambeau grâce à son action sur les artères nourricières et de provoquer le sphacèle de la pièce autoplastique dans une partie ou dans la totalité de son étendue. L'observation XI en fournit la preuve.

Le malade doit se placer dans le décubitus dorsal et rester immobile autant que possible afin de ne pas déranger le pansement. Il ne doit pas rapprocher les cuisses et les tenir serrées l'une contre l'autre, car alors, le lambeau se trouve plissé et comprimé latéralement ; la circulation est ainsi ralentie et même arrêtée, ce qui entraîne la mortification des tissus comme dans l'observation XI. Il faut recommander au patient de tenir les cuisses modérément écartées :

c'est la position la plus favorable, car elle laisse le lambeau dans sa position naturelle sans qu'il soit plissé ou tiraillé.

Le pansement doit être refait tous les deux jours. On fait un lavage antiseptique très soigné de la plaie, du canal, du drain et de la vessie au moyen de la sonde périnéale. Lorsque la plaie bourgeonne et que la cicatrisation est active, on supprime le grand pansement et l'on se contente de projeter un peu de poudre de salol sur la plaie que l'on recouvre de coton hydrophile.

Le drain est enlevé au bout d'une semaine environ. Au bout d'un temps variable qui dépend de l'état de la cicatrisation, mais qui oscille en moyenne entre dix et quinze jours, on retire la sonde à demeure. On laisse le malade pisser par la verge. Au début, une partie de l'urine s'écoule par l'orifice laissé béant par l'ablation de la sonde, mais, peu à peu, la quantité d'urine qui passe par le périnée diminue de plus en plus et cet orifice se ferme de lui-même. Le malade alors urine comme tout le monde.

Dès que l'on a retiré la sonde à demeure, on commence les séances de calibration avec des bougies Béniqué. En général le cathétérisme est très facile ; cependant, dans certains cas, on peut éprouver une réelle difficulté au début. L'obstacle siège au niveau de l'angle supérieur de la pièce ; l'ancien canal et le nouveau ne sont pas exactement raccordés et cela se produit quand il ne restait plus qu'une mince bande de la paroi supérieure de l'urètre et dans les cas où l'inflammation chronique a complètement mangé la

muqueuse sur toute la circonférence du canal. Mais, avec un peu de patience on arrive toujours à franchir l'obstacle et la dilatation peut se faire régulièrement.

Quand on passe le numéro 46 ou 48 Béniqué, le rôle du médecin est terminé et le malade peut quitter l'hôpital pour reprendre ses occupations.

En résumé cette méthode d'autoplastie demande à être exécutée minutieusement.

L'opération est longue, délicate, mais, en procédant avec lenteur, avec attention, et en exécutant successivement et avec ordre les différents temps qui ont été exposés, on arrive à d'excellents résultats, comme il est facile de s'en rendre compte par la lecture des observations suivantes.

OBSERVATION V (inédite)

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé ROCHET, à l'Antiquaille.)

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE TRÈS SERRÉ. HYDROCÈLE VAGINALE GAUCHE. — HERNIE INGUINALE DOUBLE. — ABCÈS URINEUX FROID. — AUTOPLASTIE.

Charles M..., 50 ans, peintre, entre à l'Antiquaille, le 22 novembre 1900, salle 1, lit n° 3.

Antécédents. — Chancre péri-urétral ancien. Atrésie cicatricielle du méat. A l'âge de 20 ans, blennorrhagie ayant duré 12 mois et récidivé deux ans après, sans excès vénériens sous forme de goutte militaire. Jamais ni orchite, ni cystite. Hernie inguinale double.

Le malade a commencé à éprouver de la difficulté à uriner six ans environ après la blennorrhagie, à l'âge de 28 ans. A ce moment, il vit un médecin qui lui fit subir deux séances de dilatation avec le n° 14 (au dire du malade). La miction redevint à peu près normale. Pendant vingt ans, il urine sans difficulté, moins bien cependant qu'avant sa blennorrhagie. Depuis trois ou quatre ans, la miction s'est modifiée. Le malade urine moins facilement, plus lentement. Le jet, déformé, semble se tordre à sa sortie du canal. Pas de rétention.

Au mois de juin 1900, la situation devint plus pénible. Le malade n'urine qu'au prix de grands efforts et devait se mettre dans la position accroupie. A ce moment, il urina quelques gouttes de sang à deux reprises, au commencement de la miction. Jamais de rétention complète.

Etat actuel. — Au niveau du périnée, le malade accuse la présence de boules se gonflant lorsqu'il veut uriner et empêchant la miction. Ces boules disparaissent au bout de quelques jours. La nuit, les mictions ne sont pas augmentées de fréquence, mais l'urine s'écoule d'elle-même sans que le malade soit réveillé. Il a de l'incontinence d'urine nocturne dans la position horizontale et surtout lorsqu'il est couché sur le dos. Il urine par regorgement.

En faisant uriner le malade, on constate que le jet, déformé en vrille, est dévié à gauche; l'urine s'écoule par saccades dans les premiers temps de la miction et, vers la fin, le jet n'existe plus. L'urine sort alors goutte à goutte en bavant. On fait l'épreuve des trois verres. Dans le premier, dépôt blanc assez épais, constitué par des grumeaux blanchâtres; dans le second, dépôt moins épais avec urines plus claires et dans le troisième, urines complètement claires. Pas d'albumine.

La bougie n° 8, filière Charrière ne passe pas: il y a un rétrécissement très serré de la portion bulbair.

30 novembre 1900. — Apparition d'un abcès urinaire froid semblable à ce que le malade accusait nettement sous forme de boules. Ecoulement de quelques gouttes de pus par le méat.

On finit par passer, sur conducteur, une sonde n° 12. Le rétrécissement est très serré et on se décide à opérer.

5 décembre 1900. — Tracé et dissection d'un lambeau autoplastique à base périnéale. On ouvre un abcès du volume d'une mandarine, rempli d'un pus jaunâtre, fétide. L'urètre est perdu dans une gangue fibreuse très épaisse qui le cache. Incision de l'urètre sur une longueur de 5 ou 6 centimètres. On tombe sur un rétrécissement très serré, occupant à la fois les dernières portions péniennes et toute la longueur de la portion bulbairé et se poursuivant assez loin au delà.

Quelques portions fibreuses sont réséquées et l'on détache du rectum le canal entouré d'adhérences fibreuses. Suture du lambeau cutané aux deux lèvres urétrales. A la base du lambeau on ménage un orifice pour placer une sonde de Nélaton, fixée à demeure par deux fils de catgut la reliant à la peau et l'on place de l'autre côté un petit drain. Puis suture avec fil métallique des lèvres de l'incision cutanée à celle du lambeau autoplastique.

Suites opératoires. — 12 décembre 1900. — La partie supérieure du lambeau se gangrène sur une longueur de un centimètre et demi. Pansements quotidiens. Les injections poussées par l'urètre ressortent très bien par les orifices ménagés à la base du lambeau périnéal. Lavage de la vessie par la sonde à demeure. Etat général excellent. La température ne dépasse pas 37°5 le soir.

La partie du lambeau qui ne s'est pas nécrosée a une extrémité supérieure qui bourgeonne activement et va combler la perte de substance occasionnée par le sphacèle de son extrémité supérieure.

20 décembre 1900. — On enlève la sonde à demeure. On essaie de passer un cathéter dans l'urètre, mais il est arrêté en un point répondant à l'extrémité supérieure de l'incision urétrale. Le malade urine par l'orifice qui existe au niveau de la perte de substance du lambeau.

1^{er} janvier 1901. — La cicatrisation du lambeau est terminée. Les bords latéraux sont soudés aux lèvres de l'incision

urétrale. Mais, au sommet du lambeau, la perte de substance ne s'est pas complètement réparée et le malade pisse par sa fistule.

Cathétérisme facile avec le n° 42 Béniqué.

En résumé, la tentative d'autoplastie de l'urètre a échoué, partiellement tout au moins, et, comme c'était la première opération de ce genre, on pouvait être découragé et renoncer à ce mode de traitement des rétrécissements de l'urètre. Mais, en examinant soigneusement les faits et en réfléchissant à ce qui s'était passé, on put aisément se convaincre que le principe de la méthode n'était pas en cause, et qu'il fallait attribuer l'échec à des conditions défavorables du malade et à quelques défauts de la technique opératoire.

Le périnée était en très mauvais état puisqu'il était le siège d'un abcès qu'il fallut inciser pour arriver jusqu'à l'urètre. La peau avait déjà subi une certaine attrition qui avait diminué sa vitalité. De plus, on s'est rendu compte que le lambeau avait été taillé trop mince en haut et un peu court.

Pour le faire recouvrir complètement la perte de substance, il fallut le tendre; cette traction, qui fut maintenue par le point de suture supérieur, occasionna des tiraillements, la circulation fut interrompue dans la partie antérieure du lambeau et celle-ci se sphacéla, tandis que sa partie postérieure, plus épaisse, continuait à vivre et se fixait.

OBSERVATION VI (inédite)

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé ROCHET,
à l'Antiquaille.)

ABCÈS URINEUX FROID. — RÉTRÉCISSEMENT N° 10 INFRANCHISSABLE
A LA SONDE. — AUTOPLASTIE DE L'URÈTRE.

Aimé M..., 41 ans, plombier, entre à l'hôpital de l'Antiquaille, salle n° 1, lit n° 4, le 26 novembre 1900.

Antécédents. — En 1899, blennorrhagie qui n'a jamais guéri complètement. Elle existe encore sous forme de goutte militaire. Jamais d'orchite. Urétrocystite probable. Pas de syphilis. Le malade éprouvait depuis longtemps de la difficulté à uriner, mais il n'a jamais été traité pour rétrécissement. Il urinait avec peine, mais n'a jamais eu de rétention complète.

Au mois d'octobre 1900 le malade a vu ces signes s'amender en même temps qu'il voyait apparaître, en arrière des bourses, une petite tumeur tendue, grosse comme un œuf de pigeon et qui est allée toujours croissant du côté des bourses. Mictions fréquentes, urines non sensiblement modifiées comme quantité. Ce qui tourmentait le plus le malade, c'étaient des douleurs intolérables ressenties dans les bourses seulement après la miction, douleurs donnant la sensation d'un fer rouge enfoncé dans les bourses.

Etat actuel. — On constate, au devant de l'anus, sur le raphé prérectal, une tumeur allongée, piriforme, à grosse extrémité antérieure. Dans la bourse gauche, le testicule est en avant et un peu en bas. La tumeur est tendue, irréductible, non douloureuse à la pression.

Epreuve des trois verres :

1 = urines purulentes;

2 = urines claires;

3 = urines purulentes avec dépôt abondant.

La bougie à boule n° 10 passe en accrochant fortement. Reins non perceptibles à la palpation, mais légèrement douloureux.

11 décembre 1900. — Le malade est opéré. Incision d'un lambeau quadrangulaire à base périnéale large. Ce lambeau est taillé un peu plus long que celui de l'observation V, soit 8 centimètres environ. On tombe sur une masse fibromateuse, criant sous le scalpel et formant une gangue très épaisse à toute la portion fixe de l'urètre. *Çà et là on trouve quelques petits abcès miliaires de la grosseur d'un pois, situés dans l'épaisseur même des masses fibreuses périurétrales.* On détache les adhérences qui unissent l'urètre au rectum. Cautérisation au thermocautère des petits abcès miliaires. Quant aux masses fibreuses, on les laisse intactes, puisqu'elles ne font pas partie du lambeau autoplastique. Elles sont déjetées en dehors et adhèrent à la face interne des lèvres périnéo-scrotales. L'opération se termine comme dans l'observation V.

A signaler une hémorrhagie veineuse en nappe très abondante venant du bulbe et nécessitant le pincement de celui-ci avec des pinces hémostatiques qui sont laissées 24 heures en place.

Suites opératoires. — 12 Décembre 1900. — Le lambeau a très bonne apparence, mais son extrémité supérieure a encore une tendance au sphacèle. Pas de fièvre, très bon état général.

17 décembre 1900. — Le sphacèle ne s'est pas réalisé sur la ligne supérieure de suture. On enlève la sonde à demeure. Le malade urine spontanément par la verge. Une partie de l'urine filtre sur les côtés du lambeau.

30 décembre 1900. — L'urine passe en totalité par le méat. On touche les bourgeons charnus au nitrate d'argent. Le n° 42 Béniqué passe sans difficulté dans le canal.

8 janvier 1901. — Le malade urine normalement; pas de poche urinaire au moment de la miction. Aucun effort pour uriner, aucune douleur. Béniqué 44 passe sans difficulté.

24 janvier 1901. — Le malade quitte l'hôpital. Il urine par la verge et n'a aucune trace de fistule.

25 février. — Au moment de la sortie, les parties latérales du lambeau ne laissent pas passer d'urine, mais n'étaient pas tout à fait cicatrisées. Trois semaines après, la cicatrisation fut complète. Depuis cette époque, le malade a repris son travail : il urine à plein jet sans aucune difficulté, ni douleur.

18 juin 1901. — Nous revoyons le malade et nous le trouvons en parfaite santé. Localement, le lambeau est très souple ; il a une forme allongée en boudin dans le sens antéro-postérieur. Il se gonfle au moment de la miction comme le ferait la paroi inférieure de l'urètre normal. On passe très facilement les numéros 38, 40, 41 et 42 Beniqué.

Cette fois, instruit par l'expérience, on n'a pas craint de donner une plus grande longueur au lambeau. Aussi le résultat a-t-il été complet et définitif. Malgré la présence d'un rétrécissement très serré, malgré un abcès urineux en formation et la présence d'une gangue fibreuse qui entourait l'urètre, celui-ci s'est ouvert suffisamment, après incision de sa paroi inférieure, pour permettre à la pièce urétrale de s'insinuer dans l'écartement de ses lèvres.

Il y a eu une hémorrhagie veineuse qui a nécessité la présence pendant 24 heures d'une pince hémostatique, mais cette perte de sang qui aurait pu faire craindre l'anémie du lambeau, n'a eu aucune suite fâcheuse. L'autoplastie a parfaitement réussi et la guérison obtenue alors ne s'est pas démentie. Le malade a été revu il y a un mois encore et son résultat persiste bon comme aux premiers jours.

OBSERVATION VII (inérite)

(Recueillie dans le service de M. ROCHET, suppléant le professeur
OLLIER à l'Hôtel-Dieu.)

COUP DE CORNE DE BŒUF DANS LE PÉRINÉE. — RUPTURE
DE L'URÈTRE. — RÉTRÉCISSEMENT. — AUTOPLASTIE.

Jean M..., 52 ans, cultivateur, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sacerdos, lit n° 43, le 8 février 1901.

Antécédents. — Complètement nuls au point de vue génito-urinaire. Le 6 janvier 1901, le malade se trouvait dans la position accroupie et reçut un coup de corne de bœuf au niveau du périnée; la plaie se cicatrisa en une semaine. Après le traumatisme, urétrorrhagie le premier jour seulement. Une fois la plaie cicatrisée, le malade a éprouvé en urinant une difficulté qui est allée croissant de jour en jour.

Actuellement, Jean M..., urine toutes les deux heures un demi-verre environ à chaque miction. Le jet est mince, aplati et projeté sans force. La palpation du périnée fait sentir un peu à gauche de la ligne médiane une petite tuméfaction indurée révélant une cicatrice, celle-ci est absolument indolore.

Les urines ne présentent rien de particulier.

Le cathétérisme est absolument impossible. Bon état général.

11 février 1901. — Après avoir taillé un lambeau auto-plastique périnéal, on constate la présence d'une cicatrice maintenant l'une contre l'autre la paroi antérieure du rectum et la paroi postérieure de l'urètre. On les sépare l'une de l'autre; la face antérieure du rectum est légèrement perforée pendant cette dissection. L'urètre ouvert sur sa partie inférieure est étalé et on fixe les bords du lambeau cutané aux lèvres de l'incision. Sonde de Nélaton à demeure introduite dans la vessie par le périnée et ne passant pas par

la verge. Cette sonde à demeure est gardée un mois environ et remplacée par une sonde à demeure traversant tout le canal. Le malade la garde dix jours. La sonde, une fois enlevée, le malade pisse par le périnée; au méat, l'urine s'écoule goutte à goutte.

Jean M. . . entre à l'Antiquaille le 6 mai 1901.

17 mai. — On passe une sonde métallique qui est introduite très facilement; ce qui prouve que les deux bouts de l'urètre sont bien raccordés. On passe sans difficulté le n° 40 Béniqué.

20 mai. — Le malade urine par le périnée, pas une goutte ne s'écoule par la verge. On passe le n° 44 Béniqué.

25 mai. — La plaie va très bien; la fistule périnéale est presque complètement détruite; les mictions se font par la verge.

28 mai. — La fistule est complètement fermée.

5 juin 1901. — Il n'y a plus trace de fistule et le malade se jugeant guéri demande à sortir. On passe une dernière fois les n°s 20 et 22 filière. Charrière qui sont introduits avec la plus grande facilité.

Cette observation nous permet d'enregistrer un nouveau succès; mais la guérison a été moins rapide que dans le cas précédent; il a fallu des soins minutieux après l'opération avant d'obtenir un résultat définitif. On s'est heurté à des difficultés qui venaient de l'état de l'urètre. Celui-ci avait été rompu par le traumatisme et il ne restait de sa paroi supérieure muqueuse qu'une bande excessivement mince. Il fut difficile de suturer les bords du lambeau à ce reste de paroi et la prise de la pièce autoplastique fut beaucoup plus longue.

OBSERVATION VIII (inédite)

(Recueillie dans le service de M. ROCHET, suppléant
le professeur OLLIER à l'Hôtel-Dieu.)

RÉTRÉCISSEMENT BLENNORRHAGIQUE. — ABCÈS URINEUX. —
AUTOPLASTIE.

A. T. . , âgé de 67 ans, manœuvre, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sacerdos, lit n° 39, le 12 mars 1901.

Antécédents. — Blennorrhagie à 22 ans, suivie d'un rétrécissement à 25 ans. A l'âge de 30 ans, abcès urinaire qui fut opéré par M. Aubert. Nouvelle intervention en août 1900, avec récurrence presque immédiate.

Etat actuel. — A son entrée le malade se plaint de grands frissons sans douleurs localisées. La palpation du périnée et du scrotum révèle une induration profonde qui suit exactement le trajet de l'incision, c'est-à-dire la ligne médiane. Le malade a de la pollakiurie; il se lève trois ou quatre fois par nuit pour uriner. Pendant les frissons, les mictions se succèdent à un quart d'heure d'intervalle.

Le jet est petit, faible, filiforme, sans force; la miction exige des efforts surtout marqués au début. Elle est parfois un peu douloureuse.

Les urines ne contiennent pas de sang, mais ne sont pas limpides. Elles se troublent davantage pendant les accès de fièvre urinaire.

La malade tousse un peu; il a des symptômes de bronchite. Sa langue est saburrale, il a un peu d'anorexie.

25 mars. — Le malade est opéré. Le lambeau taillé présente la cicatrice des incisions antérieures et une petite fistule, reliquat d'un abcès. L'urètre ouvert est étalé et on fixe le lambeau par des fils de soie; on met des drains

en caoutchouc et une sonde en gomme est introduite dans la vessie par la périnée sans passer par la verge.

A noter que l'urètre antérieur est le siège de rétrécissements multiples et d'une véritable sclérose diffuse commençant de suite derrière le méat. On passe un bistouri boutonné dans le bout antérieur, par voie rétrograde.

28 mars. — Deux ou trois jours après, la pointe du lambeau s'est sphacélée sur une petite étendue, ce qui a déterminé une fistule. Les suites opératoires furent excellentes.

4 mai. — Le malade quitte l'hôpital ; il urinait à plein jet par la verge, mais à chaque miction s'écoulait un peu d'urine par la périnée. Trois semaines après sa sortie de l'Hôtel-Dieu T... a repris son métier de teinturier ; il continue à aller très bien et voit sa fistule se fermer peu à peu.

Nous le revoyons le 18 juin 1901. C'est à peine si de temps en temps vient sourdre au périnée une goutte d'urine au moment de la miction. Le malade avoue se sonder tous les deux jours avec une sonde en gomme n° 16 ; personne cependant ne le lui a conseillé. Le rétrécissement pénien existe toujours et gêne le cathétérisme. On passe cependant les Béniqué n° 32, 34, 36 et 38.

23 juillet. — Le malade revient se montrer. L'état est très satisfaisant ; le jet est large et puissant. L'urine ne s'écoule que très rarement par en bas. Les mictions sont au nombre de cinq ou six par jour et le malade se lève exceptionnellement la nuit. On passe une sonde métallique n° 18.

29 octobre 1901. — T... va très bien ; sa fistule est complètement fermée depuis longtemps. Il n'a aucune gêne en urinant. On passe une sonde métallique n° 18. Le rétrécissement pénien existe toujours et gêne le cathétérisme, mais, dès qu'il est franchi, on sent que la sonde est parfaitement libre et que les parois sont souples. Le lambeau, est d'ailleurs, absolument élastique, sans aucune induration.

La guérison a été complète, malgré l'état du périnée. Celui-ci portait les traces cicatricielles d'inci-

sions antérieures et, de plus, était fistuleux. Non seulement ce mauvais état de la peau n'a pas fait échouer la méthode, mais encore la taille et l'application du lambeau cutané a détruit le parallélisme qui existait entre l'ouverture de la peau et le canal, et, du même coup, fermé la fistule.

Cependant l'extrémité supérieure du lambeau s'est sphacélée sur une toute petite étendue, ce qui tient peut-être au mauvais état de la pièce autoplastique. Ce point de nécrose a amené une fistule qui a duré longtemps. La présence du rétrécissement pénien n'est certainement pas étrangère à la persistance de cette fistule. D'ailleurs, celle-ci ne gênait pas beaucoup le malade, qui quitta l'hôpital 40 jours après l'opération et put reprendre son métier trois semaines après sa sortie.

Ce petit inconvénient est allé diminuant chaque jour et a disparu d'une façon définitive après n'avoir duré en somme que 5 mois.

OBSERVATION IX (inédite)

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé ROCHET
à l'Antiquaille.)

RÉTRÉCISSEMENT TRÈS SERRÉ n° 9. — ACCÈS DE FIÈVRE URINEUSE.
AUTOPLASTIE DE L'URÈTRE.

Antoine C..., 34 ans, employé, entré à l'Antiquaille, le 6 mai 1901, salle 1, lit n° 12.

Antécédents. — Blennorrhagie datant de 11 ans et qui

avait duré un an, compliquée d'orché-épidydimite et hématurie. Léger traumatisme périnéal à l'âge de 9 ans. Pas de syphilis. Le malade a été opéré, en 1893, par M. Cordier, qui lui fit une urétrotomie interne. Le malade se dilata lui-même avec des bougies nos 9, 10, 11, 12, mais ne dépassa jamais le n° 13.

Jusqu'au mois de novembre 1900, le malade urinait difficilement, mais, à ce moment, la miction devint tellement pénible qu'il entra à l'Hôtel-Dieu, le 26 mars 1901, et en sortit le 6 avril sans avoir subi d'opération.

Second séjour du 23 au 26 avril 1901. On n'arrive pas même sur conducteur, à passer le n° 11 qui avait été introduit lors du premier séjour à l'Hôtel-Dieu. Enfin, le malade est évacué sur l'Antiquaille.

Etat actuel. — Dysurie. Retard de la miction qui ne se fait qu'au prix d'efforts très pénibles. Prolapsus rectal. Pollakiurie par miction incomplète. Pas d'accès de rétention complète. Accès de fièvre urineuse avec les trois stades de frisson, de chaleur, de sueur. Epreuve des deux verres. Urines troubles dans les deux verres. Albumine.

18 mai 1901. — On fait l'autoplastie de l'urètre sans incident. Le rétrécissement est très dur et, comme il s'étend très loin dans la région pénienne, on fait une urétrotomie interne au devant de l'urétroplastie.

23 mai. — La plaie est en très bon état, mais le cathéter ne peut pas passer.

25 mai. — On introduit la sonde n° 16.

3 juin. — Le malade a eu, hier, un accès de fièvre qui a débuté le matin et a duré toute la journée. Les trois stades de l'accès ont été très nets. Cathétérisme avec une sonde en argent.

13 juin. — On passe une sonde métallique n° 19 par le canal restauré.

20 juin. — On passe le n° 20.

23 juin. — On passe le n° 21 et le malade quitte l'hôpital,

7 juillet. — Le malade revient subir une séance de calibration.

23 juillet. — Nous revoyons le malade qui va aussi bien que possible. Aussitôt après l'opération, il se levait deux ou trois fois par nuit pour uriner, et maintenant il ne le fait plus. Quelques gouttes d'urine s'écoulaient, à chaque miction, par le périnée mais, peu à peu, cet inconvénient a disparu et, 45 jours après l'opération, il ne restait pas trace de fistule. Actuellement, il urine à plein canal ; le jet est fort et il n'y a ni difficulté, ni douleur, en urinant.

Ici, la guérison a été complète aussi, mais il faut signaler la difficulté qu'on a eue à passer la première sonde métallique.

C'est qu'il y avait, en avant du rétrécissement bulbaire, un autre rétrécissement serré et, malgré l'urétrotomie interne faite à ce niveau, c'est dans la portion pénienne que la sonde était arrêtée. Lorsqu'on put franchir cet obstacle, on fut frappé de la facilité qu'avait le bec de la sonde à pénétrer plus avant.

L'accès de fièvre urineuse est dû probablement aussi à ce rétrécissement pénien. Bien que ce dernier ait été incisé par l'urétrotomie interne, on peut craindre, pour l'avenir, une récurrence qui ferait perdre au malade le bénéfice de son autoplastie, puisque l'obstacle siègerait au-devant du point opéré. On peut même se demander si, dans ce cas-là, l'opération ne serait pas nuisible. Sous l'influence du rétrécissement, l'urine s'arrêterait en arrière du point rétréci et, grâce à la présence du lambeau, qui est élastique, faciliterait la dilatation de l'urètre.

Cette crainte ne s'est pas réalisée. L'opéré, revu au

mois de novembre 1901, pisse très facilement et la sonde n° 21, gênée un peu dans la portion pénienne, pénètre très aisément dans le reste de l'urètre.

OBSERVATION X (inédite)

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé ROCHET
à l'Antiquaille.)

RÉTRÉCISSEMENT N° 7. — FISTULE URINAIRE DU PÉRINÉE. — AUTOPLASTIE DE L'URÈTRE

Jacques P..., 37 ans, ferblantier, entre à l'Antiquaille, salle 2, lit n° 3, le 17 avril 1901.

Antécédents. — Blennorrhagie contractée il y a une dizaine d'années, et ayant duré cinq ou six mois; elle guérit sans complications. Pas de traumatisme périnéal ou pénien. Le malade a eu, il y a 8 ans, un abcès urinaire ouvert par M. Cordier.

Etat actuel. — Le malade entre à l'hôpital pour dysurie et pollakiurie. La miction exige de grands efforts; elle est difficile, retardée, irrégulière. Le jet s'échappe en pomme d'arrosoir. Pollakiurie par miction incomplète. Pas d'hématurie. Accès de rétention complète et de fièvre urinaire. Pas de douleurs lombaires ou hypogastriques.

Epreuve des deux verres : urines troubles dans les deux verres, mais surtout dans le premier. Pas d'albumine.

Par le cathétérisme explorateur, on constate que la boule 7 accroche trois fois à la fin de la région pénienne et est arrêtée au bulbe. La boule 6 ne passe pas davantage. Le n° 10 passe sur conducteur.

21 mai. — Autoplastie de l'urètre dans les conditions ordinaires, sans incidents.

28 mai. — Après des essais prolongés, on arrive à faire le cathétérisme avec une sonde métallique. Le lambeau périnéal tient très bien, mais il se sphacèle un peu à sa partie supérieure.

3 juin. — Le malade a un accès de fièvre urineuse.

13 juin. — On passe par la verge et le canal restauré, une sonde en argent n° 21. L'état général du malade est très bon.

15 juin. — On passe le n° 22 et le malade quitte l'hôpital.

Comme dans l'observation précédente, nous avons encore un périnée en mauvais état, avec trajet fistuleux. C'est ce qui explique peut-être le petit point de sphacèle signalé à la partie supérieure du lambeau. En tous cas, la guérison a été rapide. Il y a eu aussi de la difficulté à passer des sondes métalliques après l'opération; cette difficulté tenait uniquement aux rétrécissements multiples qui siégeaient dans la portion pénienne du canal. Sitôt que la sonde avait franchi cette portion, elle se mouvait très librement dans la partie profonde du canal.

OBSERVATION XI (inédite)

Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé ROCHET,
à l'Antiquaille.)

RÉTRÉCISSEMENT TRÈS SERRÉ. — POLLAKIURIE 12/6. — AUTOPLASTIE
DE L'URÈTRE. — DIVERTICULE DE L'URÈTRE.

François M... entre à l'hôpital de l'Antiquaille, salle 1,
lit 4, le 20 mai 1901.

Antécédents. — En novembre 1879, blennorrhagie ayant

duré quatre mois; deux injections seulement à la fin de l'écoulement. Pendant un an, goutte matinale persistante. En 1885, accès brusque de rétention à la suite de libations copieuses; miction spontanée le lendemain. Un médecin constate un rétrécissement très serré, n'admettant que les plus petits numéros. Dilatation quotidienne pendant quinze jours, guérison.

En 1887, traumatisme hypogastrique avec hématurie et rectorrhagie abondante ayant duré deux ou trois jours. Dans toute la période consécutive, guérison apparente complète, avec un peu de pollakiurie et sans autre accès de rétention.

Il y a dix-huit mois, réapparition des mictions fréquentes et des irrégularités du jet.

Il y a un an, en juin 1900, traumatisme périnéal suivi de douleurs urétrales et de l'apparition d'une tumeur périnéale qui aurait duré six mois et se serait résorbée assez rapidement en quelques jours. A ce moment, le malade se passe une petite sonde et ne constate rien dans son canal.

Au commencement de mai 1901, nouvelles douleurs urétrales irradiées dans les testicules. Il existe, en même temps, de la pollakiurie, surtout diurne : 20/3; le jet est très irrégulier, tantôt assez gros, tantôt filiforme. Un médecin consulté passe avec peine des conducteurs et conseille une intervention.

20 mai 1901. — A l'entrée, mictions fréquentes : 12/6. Jet bifide, sans pression; les dernières gouttes tombent en bavant. Pas de douleur du côté de la vessie. Les urines sont en quantité normale, un peu troubles dans les deux verres.

Les sondes à boule ne passent pas. On introduit des conducteurs fins.

24 mai 1901. — Le malade, impatient, quitte le service sans avoir été traité.

10 juin 1901. — François M..., rentre de nouveau à l'hôpital, résolu à se faire opérer.

Le passage des conducteurs est lui-même très difficile.

18 juin. — Un conducteur est passé dans la verge et poussé

jusque dans la vessie. On taille un lambeau rectangulaire périnéal; on fait le décollement préalable du rectum.

On incise le bulbe et l'on tombe dans une cavité tapissée d'une membrane d'aspect muqueux ressemblant à l'urètre, mais dans laquelle on ne trouve pas le conducteur. Cette cavité, qui contient quelques petits graviers friables, se poursuit en arrière vers le triangle uréthro-rectal dans lequel elle se termine en cul-de-sac. En avant, par cathétérisme rétrograde, on arrive dans l'urètre antérieur. Il s'agit donc d'un diverticule de l'urètre d'une longueur de 3 ou 4 centimètres.

On passe au-delà pour inciser l'urètre vrai et l'on termine l'autoplastie.

20 juin 1901. — Le lambeau, comprimé par un pansement trop serré et aussi par la position qu'a prise le malade en serrant les cuisses l'une contre l'autre, menace de se sphacéler. La sonde fonctionne bien.

22 juin 1901. — Second pansement, le lambeau s'élimine par sphacèle total.

3 juillet. — Le sphacèle du lambeau est terminé. Le malade ne souffre pas. Le canal a sa paroi inférieure interrompue en avant de l'anus sur une longueur de 2 ou 3 centimètres. On fait le cathétérisme avec les n^{os} 18, 19, 20, 22 que l'on laisse une demi-heure en place.

8 juillet 1901. — Bourgeonnement très prompt de la plaie qui se ferme rapidement. Cathétérisme avec le n^o 22.

10 juillet. — Le malade commence à uriner par la verge assez facilement, le périnée laisse passer l'urine de moins en moins. Cathétérisme avec les n^{os} 20 et 22.

Le malade quitte l'hôpital le 20 juillet 1901.

Dans cette observation on voit que la pièce auto-plastique s'est complètement sphacélée. Est-ce parce qu'elle était trop courte? Certainement non. Le lambeau avait une longueur bien suffisante, mais, en voulant le faire long, a-t-on poussé peut être un peu trop

loin sa dissection en arrière. Sa base s'est trouvée trop mince et la nutrition n'a pu se faire. De plus, les pièces du pansement ont été trop serrées et il y a eu des phénomènes de compression. Enfin, le malade a eu la malencontreuse idée de tenir les cuisses rapprochées et serrées l'une contre l'autre au lieu de les maintenir dans une abduction moyenne; cette position a eu pour effet de froisser et de plisser le lambeau en le comprimant latéralement.

Cet insuccès montre bien que tous les détails sont importants et qu'il ne faut pas négliger les soins consécutifs à l'opération.

OBSERVATION XII (inédite)

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé ROCHET,
à l'Antiquaille.)

RÉTRÉCISSEMENT SERRÉ. — POLLAKIURIE : 18/8. — AUTOPLASTIE
DE L'URÈTRE.

Pierre B. . . , 36 ans, employé, entre à l'Antiquaille, salle 1,
lit 5, le 4 juin 1901.

Antécédents. — Blennorrhagie datant de quatre mois. Ecoulement bien purulent. Syphilis il y a seize ans. Pas d'accidents actuellement. La malade accuse de nombreuses blennorrhagies antérieures. Alcoolisme.

Etat actuel. — Le malade urine difficilement et souvent. Pollakiurie : 12/8. Jet bifurqué, très faible. Peu de douleur à la miction, seulement une sensation d'effort pénible. Epreuve des deux verres : urines troubles dans les deux verres. Un peu d'albumine.

5 juin 1901. — On fait le cathétérisme de l'urètre. La boule n° 11 accroche dans le milieu de la région pénienne et ne passe pas dans l'urètre profond. Le malade a déjà été traité à Paris, par M. Albarran, qui lui fit une urétrotomie interne.

Le conducteur passe dans la région bulbaire, mais s'arrête dans la région prostatique. Le n° 10, avec conducteur, passe assez facilement. On introduit le n° 14 sur conducteur en forçant un peu.

13 juin 1901. — On est encore obligé d'essayer plusieurs conducteurs avant de pouvoir en introduire un qui passe en forçant beaucoup ; on décide d'intervenir.

26 juin. — On fait l'autoplastie de l'urètre par lambeau cutané périnéal. On trouve, derrière le rétrécissement, une poche très dilatée dans la portion membraneuse.

5 juillet. — On fait le cathétérisme avec une sonde métallique n° 18. On passe ensuite sans difficulté le n° 20.

8 juillet. — Le malade commence à uriner par la verge, mais aussi toujours un peu par le périnée. Cathétérisme avec le n° 20.

20 juillet. — La miction se fait en totalité par la verge, aucune goutte ne passe plus par le périnée. On fait le cathétérisme avec le n° 22.

2 août. — On passe encore le n° 22 et le malade quitte l'hôpital, guéri. Il urine à plein jet et sans aucune douleur. On le revoit le 9 octobre 1901 ; il se porte très bien et urine à jet large et puissant. On passe très facilement une sonde métallique n° 20.

Il est impossible d'avoir un meilleur résultat. Le malade a été complètement guéri en 36 jours, sans aucun incident. Il ne peut en croire ses yeux, lui qui n'a jamais éprouvé de bénéfice sérieux d'aucun traitement. La dernière urétrotomie, dit-il, ne lui a donné que 8 jours de répit.

Revu en novembre 1901, il va aussi bien qu'auparavant et on passe sans difficulté 36, 38, 40 et 42 Béniqué.

OBSERVATION XIII (inédite)

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé ROCHET,
à l'Antiquaille.)

TROIS RÉTRÉCISSEMENTS, PEUT-ÊTRE QUATRE. — PAS D'ALBUMINE.

— ANCIENNE ÉPIDYDIMITE DOUBLE CASÉEUSE, PEUT-ÊTRE
CATHÉTÉRIENNE. — AUTOPLASTIE DE L'URÈTRE.

Emile G..., peintre-plâtrier, entré à l'Antiquaille le 8 juillet 1901, salle 1, lit 8.

Antécédents. — La maladie paraît remonter à trois ans. Boutons dans le canal à ce moment. Le malade paraît avoir eu, il y a 18 mois, des accès de rétention pour lesquels un médecin, appelé, le sonda. Quatre mois après, M. Siraud le fit entrer à l'Hôtel-Dieu où il subit des séances de dilatation sans opération.

Au mois d'août 1900, le malade fut pris d'accidents nouveaux, en particulier de vomissements. Au mois d'octobre 1900, il vit M. Cordier qui constata une orchite double. Celle-ci se termina par résolution sans suppuration. Il ne fut fait aucun traitement, parce qu'on avait constaté de l'albumine dans les urines. Ces derniers jours, il fut sondé avant d'entrer à l'hôpital.

8 juillet. — Le malade est examiné et on constate que la boule n° 18 commence à franchir un premier rétrécissement dans la région pénienne antérieure et est arrêtée à la fin de cette région. La boule n° 14 franchit le second rétrécissement et est de nouveau arrêtée au niveau du bulbe. A cet endroit le n° 12 passe et s'arrête à la portion profonde du canal. Il semble que ce dernier rétrécissement soit dans la région membraneuse.

Les reins sont normaux, pas d'albumine. Urines troubles.

17 juillet. — On fait l'autoplastie de l'urètre; on taille un lambeau périnéal, on dissèque et on incise l'urètre sur une grande étendue. La muqueuse et la paroi du canal, au lieu d'être fibreuses, sont fongueuses et friables. On termine l'opération comme à l'ordinaire.

19 juillet. — On fait le pansement. L'état de la plaie est très satisfaisant. Le lambeau est un peu rouge, mais sans induration. Il tient très bien.

25 juillet. — On enlève la sonde à demeure.

26 juillet. — Cathétérisme facile avec une sonde métallique n° 16.

27 juillet. — Cathétérisme avec une sonde métallique n° 17.

31 juillet. — On passe les n°s 17, 18 et 19 qu'on laisse un instant. Le malade se plaint encore de ne pas uriner par la verge.

2 août. — Le malade pisse bien par la verge, mais quelques gouttes passent encore par le périnée. Le malade quitte l'hôpital.

29 octobre 1901. — Le malade va très bien et urine facilement. Le cathétérisme est un peu difficile au début, à cause du rétrécissement pénien, mais, dès qu'on arrive dans la portion opérée, on sent que la sonde n'est plus serrée et qu'elle passe très librement. Extérieurement le lambeau est parfaitement souple et élastique. Il existe encore une petite fistulette due à la présence d'un fil de soie oublié. On l'enlève aussitôt.

Le résultat est très bon. La guérison a été rapide et sans complication aucune. Mais il existe toujours un rétrécissement pénien, ce qui peut faire craindre une récurrence. Il n'en est pas moins vrai qu'en ce qui concerne l'autoplastie, la méthode a parfaitement réussi et les accidents paraissent tout à fait terminés de ce côté.

OBSERVATION XIV (inédite)

(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé ROCHET, à l'Antiquaille.)

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE. — AUTOPLASTIE.

Joseph P..., employé, 37 ans, entre à l'Antiquaille le 5 septembre 1901, salle 3, lit 128.

Antécédents. — Blennorrhagie à l'âge de 18 ans ; elle dure huit jours sans complication immédiate. Pas d'orchite. Jamais de syphilis. A l'âge de 27 ans, 9 ans par conséquent, après sa blennorrhagie, le malade est victime d'un accident. Il fait un grand écart malheureux, sans contusion directe du périnée par un agent traumatique interposé entre les deux jambes.

Deux mois après cet accident, le malade a des hématuries. L'urine est parfois teintée de sang. En dehors de l'hématurie persiste un écoulement survenu sans cause vénérienne apparente.

A ce moment pollakiurie douloureuse : 8/5 ; hématurie intermittente. Persistance d'un écoulement au méat. Accès de rétention aiguë passagers et, en dehors de ces accès, difficulté extrême d'uriner. Jet sans force, déformé.

Cet état est allé s'accroissant d'année en année jusqu'en 1900, époque à laquelle le malade est entré à l'Hôtel Dieu, service de M. Vallas.

M. Vallas lui fit une urétrotomie interne, suivie de séances de dilatation. Après sa sortie de l'hôpital, le malade continue à se sonder lui-même ; cette dilatation faite par lui-même a des effets désastreux, dit le malade ; car, après chaque cathétérisme, il éprouve une difficulté extrême à uriner.

Actuellement, on constate que la miction se fait mal. Le jet est sans force.

Les urines sont claires et ne contiennent pas d'albumine.
13 décembre 1900. — On fait l'électrolyse du rétrécissement.

15 décembre 1900. — Nouvelle séance d'électrolyse avec les électrolyseurs 14 et 16.

5 septembre 1901. — Le rétrécissement étant revenu et le malade ayant de plus en plus de peine à uriner, on se décide à intervenir d'une façon plus radicale. Il était difficile de passer même des conducteurs. On fait l'autoplastie de l'urètre par lambeau cutané périnéal.

10 septembre 1901. — Le malade va bien. Aucune trace d'infiltration. La sonde fonctionne très bien, le lambeau n'a aucune tendance au sphacèle et tient parfaitement.

22 septembre. — Le malade quitte l'hôpital, guéri.

En résumé, ce malade qui n'avait obtenu aucune amélioration durable des interventions antérieures répétées a eu une guérison réelle, grâce à l'autoplastie. Ces résultats ont été obtenus sans incident, très rapidement, puisque P... a pu quitter l'hôpital dix-sept jours, seulement, après l'intervention. Depuis cette époque, il n'a eu aucune tendance à la récurrence et le malade se trouve aussi bien que le lendemain de l'opération. Il a été revu le 15 novembre; il urine à plein jet sans aucune difficulté. Le lambeau est souple et le cathétérisme, avec une sonde n° 20, se fait très facilement.

CHAPITRE III

Résultats obtenus

M. Rochet a pratiqué 12 fois l'opération que nous étudions. Nous donnons ici dix observations détaillées et suivies par nous ; les deux autres nous ont été communiquées oralement par M. Rochet, mais nous n'avons pas vu les malades.

« J'ai pratiqué 12 fois cette intervention, dit M. le professeur agrégé Rochet, au dernier Congrès de chirurgie ; 4 fois seulement elle a été suivie d'insuccès. Or trois de ces cas étaient particulièrement défavorables et dans le quatrième, le lambeau que nous avions taillé trop étroit à sa base, s'est sphacélé. Les huit autres ont parfaitement et définitivement guéri, et j'ajoute que la plupart avaient subi tous les autres traitements sans résultats durables. »

Les malades opérés peuvent se répartir en deux catégories : 1^o Ceux chez lesquels le lambeau s'est plus ou moins sphacélé.

2^o Ceux chez lesquels le lambeau a pris en totalité.

1^o *Cas où il y a eu destruction partielle ou totale du lambeau.* Ces malades n'ont pas eu à regretter l'opération ; s'ils n'ont pas recueilli tout le bénéfice de l'intervention comme leurs voisins, ils ont cependant été très améliorés.

En somme, ils se sont trouvés dans le cas des opérés qui ont subi une urétrotomie externe. Après le sphacèle d'une partie du lambeau, la plaie a bourgeonné et la perte de substance a été comblée par un tissu de cicatrice. Les dimensions de ce dernier ont été moins considérables que dans les cas d'urétrotomie simple, car elles ont été limitées à la partie supérieure trop mince du lambeau qui s'est nécrosée ; le fragment postérieur qui a pris diminue d'autant la hauteur de la cicatrice et forme une pièce souple et large qui prêterait suffisamment pour la rétraction ultérieure.

2^o *Cas où le lambeau a pris en totalité.* — Chez ceux-là, les avantages de la méthode sont éclatants. Malgré quelques petits incidents qui ont retardé un peu la guérison chez certains de ces derniers malades, on voit que les effets obtenus sont des plus importants. Jusqu'à présent les résultats des premiers temps se sont maintenus bons et tous les malades revus ont accusé la continuation de leur guérison.

Nous n'avons pas encore de résultats datant de plus de 2 ans, et certains datent de 5 mois seulement ; mais les anciens résultats nous font augurer des récents et, si l'on peut compter des cas graves que nous avons opérés qui avaient résisté à toutes les méthodes et

qui récidivaient souvent 15 jours ou un mois après le traitement le mieux compris (dilatation, urétrotomie etc.), on est forcé de reconnaître que la méthode présente une réelle supériorité sur celles connues.

Les opérés pissent à jet large et puissant sans aucune gêne ni douleur. Certains prétendent même n'avoir jamais eu un jet aussi fort avant leur rétrécissement. Cette guérison n'est pas seulement apparente, mais réelle; en effet, on ne constate, par l'exploration directe, aucune trace de récidive. Chaque fois qu'on a revu les malades, on les a sondés et on a pu constater que le cathétérisme se faisait très facilement avec le même numéro qu'à la séance précédente. Ce qui frappe le plus lorsqu'on introduit une sonde métallique dans le canal, c'est la sensation de souplesse et de largeur lorsqu'on arrive dans la région opérée. L'instrument est absolument libre et progresse avec la plus grande facilité.

On se rend encore mieux compte de cet effet, lorsqu'il existe un rétrécissement antérieur; le contraste des deux régions permet de mieux apprécier cette sensation.

Extérieurement on trouve, en avant de l'anus, sur la ligne médiane, la pièce autoplastique qui simule un bourrelet allongé ayant la forme d'un cylindre à grand axe antéro-postérieur et plus ou moins saillant (fig. 1 et 6), ou plus ou moins aplati (fig. 5). Les bords paraissent réguliers (fig. 1-3-6) ou quelquefois un peu irréguliers (fig. 2).

La couleur de la peau n'est pas modifiée; si, dans certains cas, la partie médiane est lisse (fig. 3-5), il

en est d'autres où la pièce est sillonnée de cicatrices, reliquat des abcès ou fistules antérieures (fig. 2 et 4).

A la palpation on trouve que toute cette portion du canal n'est ni indurée, ni sclérosée, mais parfaitement souple. Lorsque le malade urine, on voit le lambeau se gonfler à chaque miction comme le ferait la paroi inférieure de l'urètre normal.

Encore une fois, il serait indispensable, pour juger de la valeur définitive de la méthode, de savoir si, dans quinze ou vingt ans, ces résultats se seront maintenus ; malheureusement, nos observations ne remontent pas à une époque assez éloignée pour répondre d'une façon certaine à cette question. Mais enfin, le temps écoulé depuis les opérations jusqu'à maintenant, permet de bien augurer de l'avenir.

Ce sont des malades qui n'ont pas subi de séances de dilatation régulières depuis leur sortie de l'hôpital ; ils ont mené une existence active et repris leur métier, qui est souvent pénible, et cela sans aucun inconvénient. Ils avouent tous se porter aussi bien qu'aussitôt après l'intervention chirurgicale. D'ailleurs il semble difficile qu'il en soit autrement. En effet, par quoi a-t-on comblé la perte de substance occasionnée par l'ouverture du canal ? Par une pièce cutanée qui a toutes les qualités de la peau et, en particulier, la souplesse et l'élasticité.

En admettant même qu'il se produise une certaine rétractilité sur les bords de la pièce urétrale au niveau des points de cicatrisation de cette pièce et des lèvres du canal, le lambeau, qui a primitivement une largeur de un doigt et demi à deux doigts, conser-

vera toujours une largeur suffisante pour que, malgré cette rétraction, le calibre du canal reste bien supérieur à celui du rétrécissement antérieur.

Peut-être pourrait-on, lorsque la pièce est un peu grande, craindre la formation d'une sorte de poche urineuse sur la paroi inférieure du canal et la stagnation de l'urine à ce niveau après chaque miction. C'était le cas du malade de M. Guyon qui, en s'asseyant après avoir uriné, expulsait encore quelques gouttes d'urine par le méat. Ce serait, d'ailleurs, un bien petit inconvénient auquel il serait facile de remédier en pressant d'arrière en avant sur le canal après avoir pissé.

En fait aucun de nos malades n'a présenté ce phénomène.

CHAPITRE IV

Cas favorables et défavorables à la méthode

Quand faut-il recourir à cette méthode ?

Sans doute ce n'est pas lorsqu'il s'agit de rétrécissements larges, ou peu serrés, ou encore très localisés sous forme de valvules, par exemple. Dans ces cas il vaut toujours mieux recourir à la dilatation d'abord, puis à l'urétrotomie interne qui est une opération simple.

Quand on est en présence d'un rétrécissement très serré, dur, survenu rapidement, avec sclérose du canal sur une certaine étendue, peut-être vaudrait-il mieux recourir d'emblée à l'autoplastie ; en tous cas, on peut toujours commencer par d'autres moyens, et, s'ils échouent (ou s'il se produit une récurrence), on est toujours à temps d'employer l'urétroplastie.

Les rétrécissements infranchissables, les traumatismes récents portant sur le périnée et intéressant directement l'urètre, les rétrécissements traumatiques avec virole cicatricielle, les rétrécissements com-

pliqués d'abcès et les rétrécissements ayant récidivé qui, d'après M. Colin, doivent subir l'urétrotomie externe, sont aussi justiciables de la méthode autoplastique. Celle-ci a sur l'urétrotomie externe simple l'avantage d'opérer la cure radicale du rétrécissement et de prévenir, beaucoup mieux que la seule urétrotomie, les récurrences ultérieures.

« L'urétréctomie, écrit M. Colin, doit être substituée à l'urétrotomie externe dans les cas de rétrécissements traumatiques donnant lieu à des strictures dures, épaisses, avec nodules cicatriciels, dans le cas de rétrécissements inflammatoires anciens avec périnée fistuleux et induré, non améliorables par la dilatation ou l'urétrotomie ». Il ajoute que « les rétrécissements avec pertes de substance très étendues et masses calleuses énormes s'étendant jusqu'aux tissus sous-cutanés sont des contre-indications de l'urétréctomie ».

Tous ces cas peuvent relever de l'autoplastie, à la condition toutefois que la perte de substance ne porte pas sur la paroi supérieure de l'urètre. La présence d'une gangue fibreuse n'est pas gênante, on se contente simplement de l'inciser, comme dans l'observation VI et la masse fibreuse se trouve extériorisée sans action compressive possible sur le canal, une fois la pièce mise.

Enfin, lorsqu'on se trouve en présence de rétrécissements qui, traités par tous les moyens, ont épuisé les ressources de l'art et ont récidivé avec une persistance désespérante, il n'y a plus à hésiter : l'autoplastie de l'urètre par lambeau cutané périnéal con-

serve tous ses droits et c'est à elle qu'il faut recourir comme remède ultime. Souvent on verra alors cette intervention remplir le but qui n'avait pas été atteint par les autres moyens et apporter la guérison au patient.

Le mauvais état du périnée, la présence d'une fistule, d'un abcès ou de cicatrices anciennes ne sont pas des contre-indications. Il faut seulement redoubler de précautions dans la taille du lambeau afin de lui assurer une bonne nutrition.

Nous avons vu la réussite du procédé avec des lambeaux pris sur une peau fistuleuse ou constituant la paroi d'un abcès urinaire déjà formé.

Les seules contre-indications formelles de l'opération sont :

1^o La multiplicité des rétrécissements et leur extension à la partie antérieure du canal pénien ;

2^o L'absence de muqueuse sur la paroi supérieure du canal, rongée par l'inflammation ou détruite par le traumatisme.

L'autoplastie, on le comprend aisément, ne peut porter que sur une partie limitée de l'urètre ; dès lors, à quoi sert d'augmenter son calibre à ce niveau si en avant il y a d'autres obstacles ? L'opération ne sera d'aucune utilité, car, pour être profitable, il faudrait qu'elle s'adressât à toute la longueur de la stricture, ce qui est impossible lorsqu'il s'agit de rétrécissements multiples.

Le principe de la méthode est d'insinuer entre les lèvres du canal incisé sur sa portion inférieure une pièce élastique qu'on fixe sur ces lèvres et qui aug-

mente d'autant le calibre. Pour cela, il faut nécessairement que la paroi supérieure de l'urètre existe et qu'elle ait une largeur suffisante pour permettre l'application des points de suture. Dans le cas contraire, on peut bien refaire un canal, mais le raccord entre l'ancien et le nouveau conduit est difficile. En somme, ce n'est plus la même méthode, puisqu'on ne trouve plus de lèvres du canal entr'ouvertes pour recevoir la pièce autoplastique.

En résumé, on peut employer l'autoplastie de l'urètre dans tous les cas justiciables de l'urétrotomie externe ou de l'urétrectomie. Elle doit être préférée à l'urétrotomie externe parce qu'elle prévient la rétraction cicatricielle ultérieure et à l'urétrectomie parce qu'elle est plus simple, s'applique à un plus grand nombre de cas et surtout parce que, si par hasard, elle échoue, elle ne laisse après elle aucun dégât, aucune perte de substance nouvelle à un urètre déjà trop entamé, comme peut laisser une urétrectomie ou même une excision trop large des tissus scléreux ou fongueux péri-urétraux. Dans notre méthode, en effet, et encore une fois, on n'enlève rien, on n'excise rien ; on laisse tout en place, même les tissus fongueux ou scléreux péri-stricturaux ; on se contente d'inciser le canal rétréci. Si le lambeau vient à se mortifier, ou à ne pas prendre, on se retrouve dans les conditions d'une urétrotomie externe ordinaire, voilà tout.

Après la communication de M. le professeur agrégé Rochet, au dernier Congrès de Chirurgie, M. Delorme émit l'opinion que la greffe mu-

queuse serait peut-être préférable à l'autoplastie.

« Je crois, d'ailleurs, dit-il, qu'il y aurait mieux à faire que d'employer un lambeau cutané : ce serait d'emprunter un lambeau muqueux, soit à la muqueuse rectale, soit à la muqueuse vésicale ».

Il y a eu, en effet, des efforts tentés en ce sens.

Meusel s'est servi, dans un cas, du feuillet interne du prépuce et prétend avoir eu une réussite complète.

Wœfler a aussi employé l'hétéroplastie pour des malades porteurs de rétrécissements, de fistules et de tumeurs urineuses nécessitant des délabrements étendus. Deux fois il utilisa la muqueuse détachée de la surface d'un utérus prolabé ; les deux malades, revus huit mois après l'opération, avaient le périnée fermé et le canal perméable pour un cathéter volumineux. Dans un troisième cas Wœfler se servit de la muqueuse vaginale d'une chienne. Le malade est mort quelques mois après d'accidents cardio-pulmonaires ; à l'autopsie on constata que le canal admettait une bougie n° 20 et que la continuité de l'urètre était si bien rétablie que l'on ne pouvait exactement déterminer les limites de l'ancienne et de la nouvelle muqueuse.

Walker, pour un rétrécissement traumatique, enleva la portion rétrécie et appliqua sur la portion cruentée de l'urètre un lambeau de muqueuse intestinale prise sur un lapin : il eut d'ailleurs un insuccès.

Keyer fut plus heureux avec un lambeau de muqueuse rectale et guérit son malade.

Sapiejko, de Kiew, avait fait aussi une transplantation de muqueuse labiale dans l'urètre chez trois malades, notamment chez un enfant atteint de rétrécissement traumatique qui nécessita l'excision de 4 centimètres d'urètre. Dans les trois cas il dit avoir eu un succès complet.

Rémy, pour combler une fistule, employa un lambeau de la paroi du rectum comprenant muqueuse et muscles ; il obtint une guérison complète.

Malheureusement, les cas de ce genre sont encore trop peu nombreux, trop disparates et trop peu détaillés comme observations pour qu'on puisse juger la méthode ; mais les résultats acquis semblent très encourageants.

Aussi, croyons-nous, avec M. Delorme, qu'il serait bon de diriger les recherches en ce sens et que la méthode de l'autoplastie muqueuse, empruntée à des muqueuses de voisinage, ou de l'hétéroplastie muqueuse, dans les cas où on ne peut prendre de muqueuse dans les organes voisins, pourrait rendre des services. Elle serait particulièrement indiquée dans les cas de destruction complète de la muqueuse urétrale. Elle remplacerait alors avantageusement l'autoplastie cutanée, impossible dans ces circonstances.

CONCLUSIONS

I. — La cure radicale des rétrécissements graves de l'urètre ne semble pas devoir être cherchée ailleurs que dans les méthodes autoplastiques.

II. — Les rétrécissements périnéo-bulbaires serrés, fibreux, récidivés, ayant défié toutes les ressources thérapeutiques, sont justiciables de l'autoplastie cutanée telle que nous la proposons.

III. — L'autoplastie cutanée, à lambeau périnéal, à condition d'être faite suivant un manuel opératoire particulier, donne d'excellents résultats.

IV. — La taille du lambeau, qui doit être assez large et suffisamment épais ; l'incision de l'urètre sur sa paroi inférieure seulement et sur toute l'étendue du rétrécissement ; l'application d'une sonde à demeure ne passant pas par la verge, n'ayant aucun contact avec le lambeau et sortant directement par le périnée ; des soins consécutifs spéciaux, voilà les différents temps indispensables pour assurer le succès de la méthode.

V.— Les seuls cas où l'autoplastie cutanée soit contre-indiquée sont :

1^o Ceux dans lesquels les rétrécissements sont multiples et dépassent de beaucoup le périnée pour s'avancer dans la région pénienne.

2^o Ceux dans lesquels la muqueuse urétrale a été détruite dans toute sa circonférence par l'inflammation chronique ou par le traumatisme. Pour le succès, il faut, en effet, qu'une bande muqueuse d'une certaine largeur ait été conservée sur la paroi supérieure ou sur les parties latérales de l'urètre.

Vu :

Le Président de la Thèse :

BONDET.

Vu :

Pour le Doyen, l'Assesseur :

LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 26 novembre 1901.

Le Recteur Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BARDENHEUER. — *New-York Medical Record*, 1889.
Bulletin de la Société de Chirurgie, XIV, 1890.
- COLIN. — *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 1898.
- DELORME. — *Gazette des Hôpitaux*, 15 juin 1889.
- DELORME. — *Société de Chirurgie de Paris*, 8 octobre 1890.
- DITTEL. — *Wienn. Klin. Vochenschr*, n° 20, 1895.
- DONNET. — *Limousin Médical*, 1900.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de Chirurgie*, tome VII.
Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 7 novembre 1901.
- HORTELOUP. — *Société de Chirurgie de Paris*, 8 octobre 1890.
- HORTELOUP. — *Annales des organes génito-urinaires*, 1890.
- KEYER. — *Journal of cutaneous and venereal diseases New-York*, 1891.
- LE DENTU et DELBET. — *Traité de Chirurgie*, tome IX.
- LEGUEU et CESTAN. — *Annales des organes génito-urinaires*, 1893.
- MELVILLE-VASSERMANN et Noël HALLÉ. — *Annales des organes génito-urinaires*, 1894.
- MEUSEL. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1888, n° 29.
- NOGUES. — *Thèse de Paris*, 1892.
Presse Médicale, 6 novembre 1901.

REMY. — *Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles*,
28 janvier 1897.

RHUSTON-PARKER. — *Liverpool medical surgical Journal*,
1888.

ROCHET. — Congrès de Chirurgie, XIV^e session, Paris 1901.

SAPIEJKO (DE Kiew). — Congrès de Rome, 1894.

Semaine Médicale, 30 octobre 1901.

VOILLEMIER. — Traité des maladies de l'urètre.

WALKER. — *Harper hospital Bulletin*, 1890.

WÆFLER. — *Archiv. für Klin. Chirurgie*, 1888.



FIG. I, correspondant à l'observation V



FIG. II, correspondant à l'observation VIII



FIG. III, correspondant à l'observation IX

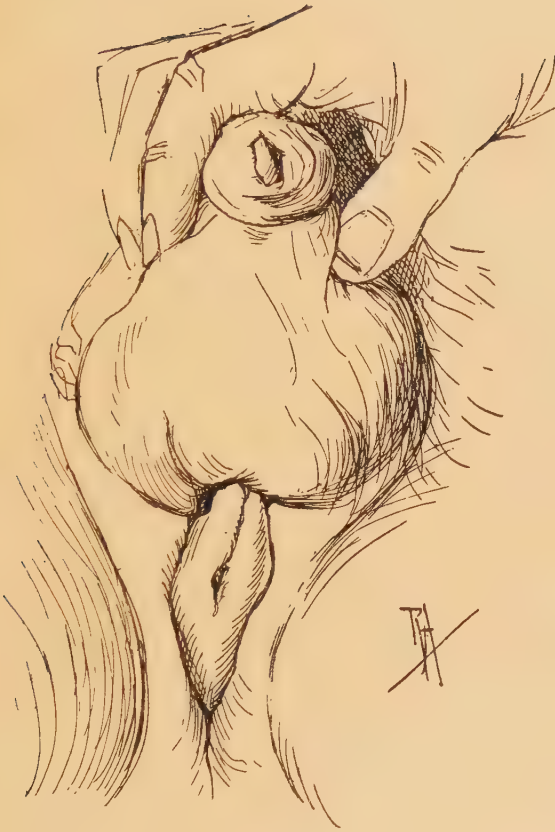


FIG. IV, correspondant à l'observation X

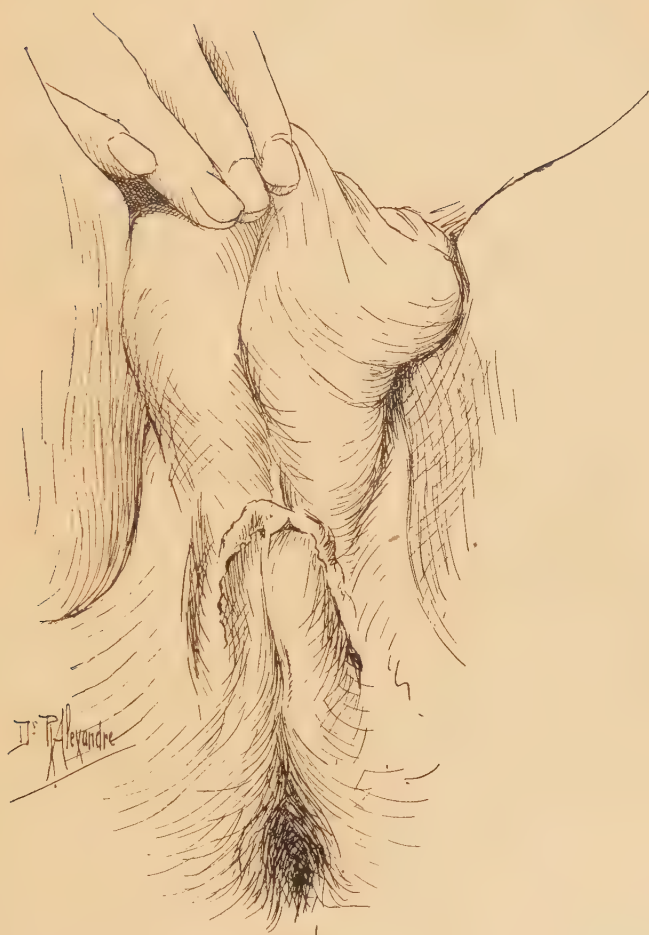


FIG. V, correspondant à l'observation XI.

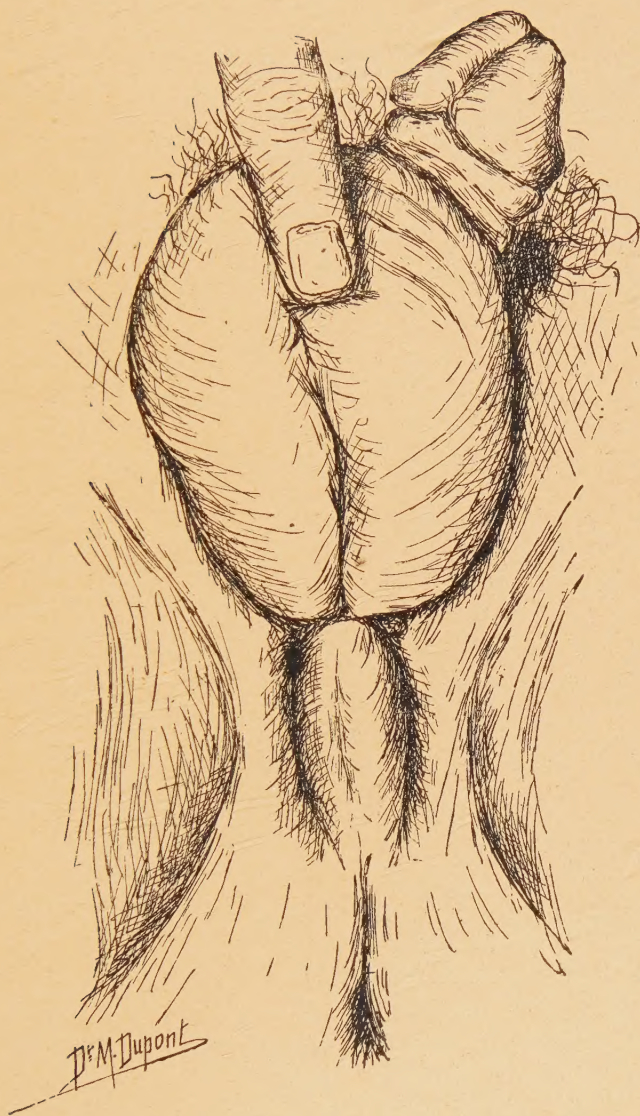


FIG. VI, correspondant à l'observation XIV

